DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL (SNAP)

SUS DERECHOS

- Usted tiene el derecho de presentar una solicitud durante las horas laborales el mismo día que usted contacta a la oficina.
Usted puede presentar su solicitud con tal de que tenga su nombre, dirección y la firma de un miembro adulto responsable de su hogar o un representante autorizado.
- Usted tiene el derecho de solicitar una entrevista telefónica si no puede ir a la oficina a la entrevista con su trabajador(a) por razones de edad, dificultades de transportación, enfermedad, u otra razón determinada por la agencia.
- Usted tiene el derecho de solicitar una conferencia y/o una audiencia justa oralmente o por escrito, cuando usted no esté de acuerdo con ninguna decisión en su solicitud o caso. Usted tiene el derecho de consultar con un consejero legal acerca de cualquier decisión en su solicitud o caso.
- Usted tiene el derecho de recibir una notificación escrita acerca de cualquier decisión en su solicitud o su caso, y beneficios atrasados cuándo hay una equivocación en los beneficios por parte de la agencia en su caso.
- *De acuerdo con la ley Federal y normas del Departamento de Agricultura (USDA), esta institución está prohibida de discriminar basado en raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, sexo y en algunos casos religión y creencias políticas.*

La USDA también prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados, y aplicantes de empleo basado en la raza, color, nacionalidad de origen, incapacidad, edad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y donde sea aplicable, creencias políticas, estado civil, estado o situación de los padres o la familia, orientación sexual, todo o parte de los ingresos del individuo son derivados de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en empleo o en cualquier programa o actividad dirigida o fundada por el Departamento. (No todas las bases prohibidas se aplicaran a todos los programas y/o actividades.)

Si usted desea presentar una queja al programa de Derechos Civiles por discriminación con USDA, complete el Formulario del Programa de Quejas de Discriminación USDA, encontrado en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866)632-9992 para solicitar el formulario. Usted también puede escribir una carta conteniendo toda la información requerida en el formulario. Una vez completado, envíenos su formulario de queja o carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W. Washington D.C. 20250-9410, por fax (202)690-7442 o email program.intake@usda.gov.

Personas quienes son sordas, con discapacidad auditiva o tiene un impedimento de incapacidad puede contactar USDA a través de Federal Relay Service al (800)877-8339; o (800)845-6136(Español).

Para cualquier otra información con relación a problemas de SNAP, las personas deben contactar USDA SNAP hotline al número (800)221-5689, que también está en Español; o llame a the State Information/hotline Numbers encontrado en <http://fns.usda.gov/snap/contactinfo/hotlines.html>.

Para presentar una queja de discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia Federal financiera a través de U.S. Department of Health and Human Services (HHS), escriba: HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S. @., Washington, D.C. 20201 o llame al (202)619-0403 (voz) o (800)537-7697 (TTY)

SUS RESPONSABILIDADES

- Usted tiene la responsabilidad de proveer información correcta y completa en su solicitud y a su trabajador.
- Usted tiene la responsabilidad de cooperar completamente con el personal Federal y Estatal en una revisión de calidad en su caso.
- Usted tiene la responsabilidad de no vender, comerciar, ni regalar su tarjeta de SNAP Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), y no usar los beneficios para pagar las cuentas de crédito ni deudas o cuentas privadas.
- Usted tiene la responsabilidad de cumplir con cualquier requisito de trabajo explicado por su trabajador (a).
- Usted tiene la responsabilidad de proveer números de seguro social para cada persona de quienes usted ha solicitado ayuda.
- Usted tiene la responsabilidad de informar y verificar los gastos admisibles de su hogar (albergue, servicios públicos, cuidado de los niños, pagos de manutención, gastos médicos, si aplican) para poder recibir una deducción para el gasto que corresponde.
- Informar los cambios: Los hogares tienen que informar a la agencia solamente cuando los ingresos de la familia cumplen o exceden 130% del nivel de la pobreza para el tamaño de familia. Este cambio debe ser reportado en o antes del día 10 del mes siguiente después de que sucedió el cambio.

Nota: Además de los requisitos de información mencionados arriba, los reglamentos de SNAP manifiestan que todos los miembros del hogar de ABAWD deben reportar cuando sus horas de trabajo bajan a menos de 20 horas por semana o un promedio de 80 horas mensuales, sin importar si el ingreso del hogar excede o no excede el 130% del nivel federal de pobreza.

EL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRITICIONAL (SNAP) DOCUMENTOS QUE NECESITA TRAER PARA SU ENTREVISTA

Para determinar su elegibilidad para los beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional, (SNAP) la solicitud debe ser completada y firmada, el cabeza de familia o un representante autorizado debe ser entrevistado y cierta información en la solicitud debe ser verificada. Es nuestra responsabilidad en ayudarle a obtener la verificación requerida con tal de que usted coopere con nosotros en este proceso. La agencia puede renunciar el requisito para una entrevista de cara- a- cara y conducir una entrevista telefónica en casos donde hay dificultad, basada en la necesidad.

Cuando usted venga para su entrevista de solicitud, por favor traiga con usted los documentos apuntados abajo que aplican a su situación y que puedan ser necesarios para su solicitud.

1. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Números de seguro social para los miembros de su hogar quienes están incluidos en la solicitud o prueba de solicitud para un número.

2. COMPROBANTE DE INGRESOS

- a. Talones de cheque, sobres de su pago o una declaración de su sueldo de los últimos 30 días de la empresa donde cada miembro del hogar está recibiendo sueldo.

- b. Si usted trabaja por su propia cuenta, verificación actual de sus impuestos federales, registros de contabilidad o ventas y registro de gastos.
- c. Cartas de concesión para Seguro Social, SSI, Desempleo, Jubilación, beneficios para Veteranos o Incapacitados o pensión
- d. Comprobante de pagos de manutención y/o pensión alimenticia (al menos que sea recibido por medio de la agencia).
- e. Prueba de ingresos adquiridos de una propiedad que renta.
- f. Comprobante de pagos de un programa patrocinado por el gobierno o cualquier otro ingreso.

3. COMPROBANTE DE RECURSOS

Verificación de recursos puede ser requerida a algunos hogares. Si es determinado que su hogar debe de verificar sus recursos, verificación puede incluir los estados de cuenta bancaria más recientes o libros de cuenta para verificar balance de cuenta de cheque/ahorros, comprobante de certificados de depósito, acciones, bonos, etc., escrituras y recibo de impuestos de propiedad.

4. GASTOS

- a. Declaración de su niñera con su dirección, su número de teléfono y la cantidad y qué tan seguido le paga por el cuidado de los niños, si es más de \$200.00 al mes.
- b. Comprobante de gastos médicos (para los miembros del hogar que son incapacitados de 60 años de edad o mayores) recibos después que paga Medicaid, Medicare, o el seguro de salud. Esto incluye medicinas, médico, o recibos del hospital, pagos del seguro, etc.

5. OTRA INFORMACIÓN

- a. Comprobante de domicilio (recibo de la renta o hipoteca, recibo de servicios públicos, etc.)
- b. Comprobante de identificación (licencia para conducir, acta de nacimiento, identificación del trabajo o escuela, etc.).
- c. Tarjeta de Ciudadanía o documentos de Inmigración de los Estados Unidos (USCIS), si usted no es ciudadano de los Estados Unidos y está incluido en esta solicitud.
- d. Notificación de otro estado si ha recibido asistencia en un u otro estado anteriormente.

SNAP Tamaño de la familia y 130% de ingresos a nivel de pobreza.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
\$1287	\$1736	\$2184	\$2633	\$3081	\$3530	\$3980	\$4430	\$4881	\$5332

Nota: Si hay más de (10) miembros en su hogar, agregue \$451 por cada uno.

Nota: Ingreso Bruto: (Esta es la cantidad antes de impuestos y deducciones.) Recuerde de agregar todos los ingresos - sueldo, manutención, seguro social, SSI, desempleo etc., para comparar con la cantidad en la tabla de arriba.